

Reinhold Kerbl, Karl Reiter, Lucas Wessel

Referenz Pädiatrie

Infektiologie > Hepatitis epidemica (Hepatitis A)

Mats Ingmar Fortmann

Hepatitis epidemica (Hepatitis A)

Ingmar Fortmann

Steckbrief

Die Hepatitis A ist eine durch das Hepatitis-A-Virus (HAV) ausgelöste, fäkal-oral übertragbare Virushepatitis, die bei Kindern häufig subklinisch oder asymptomatisch verläuft, bei vorerkrankten Personen (insbes. chronische Hepatitis B oder C) oder Patient/innen zunehmenden Alters aber auch fulminant und letal verlaufen kann. Sie kommt typischerweise in (sub-)tropischen Ländern vor (Reisehepatitis). Zu den klinischen Symptomen gehören Fieber, gastrointestinale Symptome und ggf. Ikterus, eine Chronifizierung kommt nicht vor. Eine Impfung wird Personen im Gesundheitswesen, Patient/innen mit Lebererkrankungen und als Reiseimpfung empfohlen. Als Differenzialdiagnose sollte v.a. an die Hepatitis E gedacht werden.

Synonyme

- Hepatitis A (HA)
- Hepatitis infectiosa
- Hepatitis epidemica

Keywords

- Hepatitis A (HA)
- Hepatitis infectiosa
- Hepatitis epidemica
- Reisehepatitis
- Reisegelbsucht

Definition

Die Hepatitis A ist eine durch das Hepatitis-A-Virus (HAV) ausgelöste, fäkal-oral übertragbare Virushepatitis, die bei Kindern häufig subklinisch oder asymptomatisch verläuft, bei vorerkrankten Personen (insbes. chronische Hepatitis B oder C) oder Patient/innen zunehmenden Alters aber auch fulminant und letal verlaufen kann.

Epidemiologie

- weltweite Verbreitung von HAV
- Vorkommen vor allem in (sub-)tropischen Gebieten
- sehr hohe Durchseuchung in Entwicklungsländern (Infektion bereits im Kinder- oder Jugendalter)
- in Ländern mit hohem Hygienestandard Rückgang der Infektionen und daher fehlende Immunität in der Bevölkerung → Infektionsgefahr bei Reisen in Länder mit großer

Verbreitung von HAV (Reisehepatitiden machen 30–40% aller Hepatitis-A-Fälle in D aus)

- Mensch ist einziges Reservoir von HAV

Häufigkeit

- 873 Hepatitis-A-Fälle im Jahr 2019; 557 Fälle in 2020 [1], [3]

Altersgipfel

- 5–14 Jahre (35% der Fälle) [2]

Geschlechtsverteilung

- keine Geschlechtswendigkeit

Prädisponierende Faktoren

- hohes Alter
- Vorerkrankungen, insbesondere andere Virushepatitiden

Ätiologie und Pathogenese

- Erreger: Hepatitis-A-Virus (RNA-Virus, Picornavirusgruppe)
- Übertragung über Trinkwasser, Nahrungsmittel, z.B. kontaminierte Meeresfrüchte, und durch direkten Kontakt (fäkal-oral)
  - bei Neugeborenen epidemiologisch von untergeordneter Bedeutung (fast nie präpartal)
  - erhöhtes Risiko bei Heimkindern, Kontaktpersonen, Reisenden in Endemiegebiete (Mittelmeerländer)
- Inkubationszeit: 15–45d, durchschnittlich 28d
- Kontagiosität besteht ca. 2 Wochen vor bis 1(–2) Wochen nach Krankheitsbeginn, danach nur noch selten
- Immunität: Die Infektion hinterlässt eine lebenslange Immunität.
- Meldepflicht

Symptomatik

- Klinik: bei Kindern häufig symptomlos; zunehmendes Alter und Vorerkrankungen (insbesondere Hepatitis B und C) Risikofaktoren für symptomatischen und schweren Verlauf
  - Prodromi (2–78d) mit Übelkeit, Müdigkeit, Anorexie, Bauchschmerzen, Durchfall, Fieber, selten flüchtige Exantheme und Gelenkschmerzen
  - dann Ikterus (manchmal mit Juckreiz), dunkler Harn, helle Stühle, druckschmerzhafte Hepatomegalie und Polylymphadenopathie, seltener Splenomegalie
  - auch neuerlicher Ikterus nach vorübergehender Besserung nach 2–3 Monaten und protrahierte Verläufe kommen vor
- Komplikationen:
  - fulminanter Verlauf mit Leberversagen: Gerinnungsstörungen, Enzephalopathie und Leberkoma (<0,1% der Infizierten)
  - cholestatische Verläufe
  - zweiphasige Verläufe
  - Thrombozytopenie
  - aplastische Anämie

Cave

Die Hepatitis A zeigt keine chronischen Verläufe!

Diagnostik

Diagnostisches Vorgehen

- Entscheidend ist eine richtungsweisende Anamnese (Reiseanamnese, fehlender Impfschutz) sowie die Klinik aus Fieber, Abgeschlagenheit, Durchfall und ggf. Ikterus.
- Der Nachweis gelingt sowohl serologisch (IgM) als auch per PCR aus dem Stuhl.

Anamnese

- Impfstatus
- Umgebungsinfektionen/-erkrankungen mit Ikterus
- Reiseanamnese
- Fragen nach dunklem Urin oder entfärbtem Stuhl

Körperliche Untersuchung

- Hepatosplenomegalie
- Ikterus, ggf. Sklerenikterus
- scarlatiniformes Exanthem
- klinische Zeichen des akuten Leberversagens:
  - Bewusstseinsstörung (hepatische Enzephalopathie)
  - Ikterus
  - Gerinnungsstörung
  - Foetor hepaticus
- klinische Zeichen der Leberzirrhose:
  - Gerinnungsstörungen (z.B. Petechien)
  - Pruritus
  - Bauchumfangsvermehrung (Aszites)
  - Teleangiektasien
  - „Caput medusae“
  - Uhrglasnägel
  - Ödeme
  - höckrig/knotig und vergrößert tastbare Leber (bei fortgeschrittener Erkrankung Verkleinerung der Leber)

Labor

- BB: Leukozytopenie, relative Lymphozytose, atypische Lymphozyten
- Serum:
  - direkte Hyperbilirubinämie, Transferasen ↑ (bis 3000 U/l, GPT > GOT) und GLDH ↑, manchmal CHE ↓
  - nach 6–10 Wochen „biochemisches Rezidiv“ bei 20%
  - evtl. 3. Transferasenanstieg 2–3 Wochen später
- Harn: Bilirubin und Urobilinogen ↑
- Nachweis der Infektion durch Anti-HAV-IgM (positiv für 3 Monate bis 1 Jahr) und Anti-HAV-IgG (persistiert lebenslang)

Mikrobiologie

Serologie

- IgM erhöht: akute Infektion
- IgG erhöht: durchgemachte Infektion oder stattgehabte Impfung

Molekularbiologie

- Virus-RNA-Nachweis aus dem Stuhl per PCR

Differenzialdiagnosen

- s. Tab. 63.1

Tab. 63.1 Differenzialdiagnosen der Virushepatitis.

Differenzialdiagnose (absteigend sortiert nach klinischer Relevanz)	Häufigkeit der Differenzialdiagnose im Hinblick auf das Krankheitsbild (häufig, gelegentlich, selten)	wesentliche diagnostisch richtungsweisende Anamnese, Untersuchung und/ oder Befunde	Sicherung der Diagnose
Hepatitis A	557 Fälle im Jahr 2020 in D	typische Reisehepatitis, meist folgenlose Ausheilung	Anti-HAV-IgM: akute Infektion; Anti-HAV-IgG: Z.n. Infektion oder Impfung
Hepatitis B	240 Mio. Menschen mit chron. HBV weltweit in Europa 0,4–0,7% HBs-Ag-positiv	⅔ aller Infektionen sexuell übertragen; ⅓ perinatal oder parenteral (z.B. durch Nadelstichverletzungen, i.v.-Drogenabusus oder Blutprodukte)	akute Infektion: HBs-Ag und Anti-HBc-IgM erhöht, Virus-DNA per PCR im Blut
Hepatitis C	185 Mio. Menschen weltweit infiziert in D 0,4% HCV-positiv (in Risikogruppen deutlich mehr)	meist durch i.v.-Drogenabusus übertragen; bis zu 85% chronifizierend	Anti-HCV-AK im Serum HCV-RNA per PCR im Blut
Hepatitis D	5% der chronisch mit HBV infizierten	nur als Koinfektion mit HBV	Anti-HDV-AK im Serum HDV-RNA per PCR im Blut
Hepatitis E	16,8% Durchseuchung in D (Anti-HEV-AK) aber selten symptomatischer Verlauf	unvollständig gegartes Schweine-/Wildfleisch bzw. verunreinigtes Trinkwasser	Anti-HEV-IgM oder RNA per PCR aus Stuhl
EBV	sehr hohe Durchseuchung in der Allgemeinbevölkerung	infektiöse Mononukleose: fieberhafter Angina tonsillaris mit zervikaler LK-Schwellung, HSM, Fatigue	Blutausstrich: Pfeiffer-Zellen; EBV-IgM-AK = frische Infektion
CMV	selten Hepatitis bei hoher Durchseuchung in Allgemeinbevölkerung (>90% asymptomatisch)	bei Neugeborenen oder Menschen mit Immunsuppression; Cave: Pneumonie, Retinitis	Blutausstrich: Eulenaugenzellen; Anti-CMV-AK (IgM und IgG)
HSV	neonatale Infektion in 85% perinatal (5% prä- und 10% postnatal)	neonatale HSV-Infektion oder bei disseminierter Infektion bei Immunsuppression	typische bläschenförmige Effloreszenzen; HSV-PCR aus Blut und Liquor
VZV	als seltene Komplikation einer VZV-Infektion	Hauteffloreszenzen bei Windpocken	klinisch; VZV-PCR aus Blut, Fruchtwasser, Bläscheninhalt, Gewebe etc.

Therapie

Therapeutisches Vorgehen

- symptomatisch mit Bettruhe und leichter Kost
- bei Komplikationen s. entsprechende Kapitel, z.B. Enzephalopathie, Leberzirrhose

Allgemeine Maßnahmen

- symptomatisch, ggf. mit Bettruhe und kohlenhydratreicher und fettarmer Kost
- Alkoholkarenz

Pharmakotherapie

- keine Pharmakotherapie verfügbar
- hepatotoxische Medikamente vermeiden

Verlauf und Prognose

- Verlauf: Nach 1–2 Wochen klingen die Symptome in der Regel ab, protrahierte und rezidivierende Verläufe möglich.
- Prognose: Im Allgemeinen heilt die Hepatitis aus, chronische Verläufe kommen nicht vor.

Prävention

- hygienisches Verhalten besonders bei Auslandsreisen in Endemiegebiete (Trinkwasser abkochen, auf potenziell kontaminierte Nahrungsmittel verzichten, insbesondere auf rohes Obst, Gemüse und Muscheln) [3]
- Indikationen für Impfung [3]:
  - Reisen in Länder mit hoher Hepatitis-A-Prävalenz (Sub-/Tropen, Mittelmeerraum, Osteuropa, u.a.)
  - Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung (z.B. MSM)
  - substitutionspflichtige Hämophilie
  - Unterbringung in psychiatrischer Einrichtung bzw. Fürsorgeeinrichtung für Zerebralgeschädigte oder Verhaltensgestörte
  - Personen, die an einer chronischen Leberkrankheit einschließlich chronischer Krankheiten mit Leberbeteiligung leiden und keine HAV-Antikörper besitzen
- berufliche Indikationen:
  - gefährdetes Personal im Gesundheitswesen (z.B. Pädiatrie, Infektiologie)
  - gefährdetes Personal in Laboratorien (z.B. Stuhluntersuchungen)
  - Personal in Kindertagesstätten, Kinderheimen u.ä.
  - Personal in psychiatrischen Einrichtungen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen für Zerebralgeschädigte oder Verhaltensgestörte
  - Kanalisations- und Klärwerksarbeiter mit direktem Kontakt zu Abwasser
- aktive Schutzimpfung mit verschiedenen Impfstoffen möglich:
  - monovalenter Impfstoff oder Kombination mit Hepatitis B oder Typhus
  - Grundimmunisierung: 1–3 Injektionen je nach verwendetem Impfstoff
  - unterbricht auch Epidemien und ist als Riegelungsimpfung in der frühen Inkubationsphase der passiven Immunprophylaxe vorzuziehen
- postexpositionelle Prophylaxe (ggf. Simultanimpfung bei Personen, die durch eine Hepatitis A besonders gefährdet sind):
  - Immunglobulin 0,02–0,06ml/kg KG i.m. + Impfung mit monovalentem Impfstoff
  - bis 14d nach Exposition oder vor Reisen in Länder mit gehäuftem Vorkommen
  - Schutz für ca. 3 Monate
  - nach der Geburt bei Hepatitis A der Mutter Immunglobulingabe 0,2ml/kg KG i.m.
- Isolation bei Verdacht oder Erkrankung bis 2 Wochen nach Auftreten der Symptome mit eigener Toilette
- Erkrankte dürfen nicht in Lebensmittelberufen arbeiten.

Literatur

Quellenangaben

- [1] Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. DGPI Handbuch: Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. 7. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2018
- [2] European Centre for Disease Prevention and Control. Introduction to the Annual epidemiological report for 2016. Im Internet: http://ecdc.europa.eu/annual-epidemiological-reports/methods; Stand: 12.06.2023
- [3] Robert-Koch-Institut. Hepatitis A: RKI-Ratgeber (Stand: 08.02.2019). Im Internet: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisA.html; Stand: 12.06.2023

Wichtige Internetadressen

- https://www.rki.de; Stand: 7.12.2023
- https://ecdc.europa.eu; Stand: 7.12.2023

Quelle:

Fortmann M. Hepatitis epidemica (Hepatitis A). In: Kerbl R, Reiter K, Wessel L, Hrsg. Referenz Pädiatrie. Version 1.0. Stuttgart: Thieme; 2024.

Shortlink: https://eref.thieme.de/1ZRCBIHM